

## L'adolescent après tentative de suicide. Prévention des récurrences

Le suicide en France a été responsable de 11300 décès en 1996 (tout âge confondu). Entre 15 et 24 ans c'est la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité après les accidents, touchant majoritairement les garçons. Ces chiffres sont probablement sous-estimés en raison d'une sous-déclaration sur les certificats de décès. Les tentatives de suicide (TS) sont 30 à 60 fois plus fréquentes que les suicides, surtout chez les 15-24 ans: 1 suicide pour 22 TS chez les garçons, 1 pour 160 chez les filles. Le taux de récurrence après TS est de 10 et 40% dans l'année<sup>1</sup>. La prévention du suicide est un grand objectif de santé publique en France et dans les autres pays industrialisés. Des recommandations de l'ANAES, résumées ci-dessous, nous incitent à réfléchir sur ce problème<sup>1</sup>.

Elles concernent la prise en charge hospitalière des adolescents. Une TS chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine et **ne doit pas être banalisée**, si minime soit-elle: environ 1/3 des TS récidivent, 1 à 2% décèdent dans la 1<sup>ère</sup> année. 20 à 30% ont une pathologie psychiatrique sous-jacente à rechercher et à traiter. Chez les autres la TS est sous-tendue par des facteurs de risque et des situations de conflit.

Tout adolescent suicidant **doit être adressé aux urgences** hospitalières, où une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement. Le non-recours aux urgences n'est envisageable que si l'on peut éliminer toute gravité somatique, et si la triple évaluation peut être commencée immédiatement par un réseau structuré d'intervenants, clairement identifié et immédiatement mobilisable. Il est recommandé que soit clairement désigné pour un patient donné un professionnel "réfèrent" qui organise, coordonne les soins et le suivi sur un mode personnalisé.

Après la prise en charge aux urgences, en l'absence

d'étude comparant suivi ambulatoire et hospitalier, **l'hospitalisation doit être la règle**, surtout en cas de risque de récurrence immédiate (l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck est décrite, autour des circonstances objectives de la TS et des propos rapportés par le patient), de pathologie psychiatrique non stabilisée, d'environnement défavorable, de difficultés à mettre en oeuvre un plan de suivi ambulatoire. Cette hospitalisation se fera préférentiellement dans une unité spécialisée pour adolescent, sinon selon les situations en psychiatrie, en pédiatrie, en médecine. Il n'y a pas d'optimum de durée, mais les soins somatiques et psychiques doivent être actifs (grade C). En l'absence d'indication d'hospitalisation, le suivi pluridisciplinaire doit être rigoureusement organisé.

**Le suivi ultérieur** doit être structuré, planifié, adapté au patient. Son adhésion augmente s'il possède les éléments permettant de joindre rapidement un correspondant connu. La non présence aux rendez-vous justifie des rappels. En cas de persistance de nombreux indices de détresse, il paraît utile d'agir dans le cadre du milieu de vie.

Ces recommandations apportent des données de bon sens: ne pas banaliser, importance d'un suivi rigoureux, organisé, pluridisciplinaire, adapté à chaque cas. Trois aspects paraissent cependant prêter à réflexion: - il y a peu, ou pas, d'étude d'intervention, d'essai contrôlé, ayant évalué l'efficacité des méthodes de prévention, et **les recommandations de l'ANAES reposent essentiellement sur des accords professionnels**. Une étude anglaise a tenté une revue des données validées<sup>2</sup>: ont été étudiés les programmes de formation des généralistes ou de la population, les audits multidisciplinaires, le rôle des médias, les actions sur la consommation d'alcool ou de médicament, les interventions de type SOS-Amitié... Aucune des ces études n'a montré de résultat probant, mais toutes avaient de nombreux biais. Dans une méta-analyse Hawton a conclu qu'**aucune méthode de suivi n'a formellement démontré son efficacité**<sup>1</sup>.

- bien que recommandant l'hospitalisation immédiate de toutes les TS, l'ANAES constate, que la majorité de celles-ci (80%) ne sont pas hospitalisées. Il n'y a pas d'étude sur le devenir et les caractéristiques des adolescents suicidants non hospitalisés.

- l'Anaes insiste sur la nécessité d'améliorer l'observance. Celle-ci est un important problème bien étudié par Cremniter<sup>3</sup>. La majorité des jeunes suicidants ne se rend pas aux rendez-vous proposés, quelque soit le mode de prise en charge. Ceci peut être lié au clinicien et à sa personnalité, notamment à ce qui se passe lors du premier entretien. L'observance est améliorée s'il y a des rendez-vous rapprochés.

**En conclusion**, faute d'études apportant des données probantes, il paraît sage de suivre les recommandations de l'Anaes: ne pas banaliser, en principe hospitaliser, mais surtout toujours assurer un suivi multidisciplinaire personnalisé, assurer la continuité des soins.

1- ANAES. Prise en charge des adolescents après une tentative de suicide. Recommandation pour la pratique clinique ANAES Paris1998, 45 p.

2- Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. Brit Med J. 1994;308:1227-33

3 - Cremniter D. et al. Le risque suicidaire. Presse Med. 1998;(27)40:2151-2156

**Mots-clé:** suicide, prévention, recommandation, adolescent, hospitalisation

*Numéro 147 du 3 juin 1999*